

ОСТРЫЙ ОБСТРУКТИВНЫЙ БРОНХИТ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА: ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ

Байгом С.И.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. Синдром бронхиальной обструкции у детей раннего возраста уже на протяжении многих лет привлекает внимание ученых и практических врачей, что связано с гетерогенностью его генеза и трудностями диагностики, особенно в раннем возрасте [2].

Острый обструктивный бронхит у детей раннего возраста сохраняет особую актуальность в современной педиатрии, несмотря на научно-практические достижения в области этиологии и патогенеза этого заболевания, внедрения в лечебную практику современных методов лечения. Это обусловлено высокой заболеваемостью, тяжестью течения, возможностью рецидивирования бронхообструктивного синдрома [1, 2, 3].

Распространенность обструктивного бронхита, по данным ряда авторов, колеблется от 15% до 50%. У грудных детей частота выявления острого обструктивного бронхита достигает 90% [1, 2, 3, 4].

Цель – изучить особенности течения острого обструктивного бронхита у детей раннего возраста.

Методы исследования. Было обследовано 150 детей первых 3 лет жизни с острым обструктивным бронхитом, которые находились на лечении в пульмонологическом отделении УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница» в 2017 году. По возрасту, пациенты были разделены на 3 группы: до года – 83 ребенка, 1-2 года – 39 детей и 2-3 года – 28 детей. Всем пациентам проводилось комплексное клиническое обследование с учетом жалоб, анамнестических данных, результатов физикальных методов обследования, общеклинических лабораторных и рентгенологических обследований органов грудной клетки.

Результаты и их обсуждение. В 2017 году в пульмонологическом отделении УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница» прошли лечение 700 детей с острым обструктивным бронхитом, из них детей первых трех лет жизни – 460 (65,7%), $p < 0,001$.

Обструктивный бронхит у детей – это воспалительное поражение бронхиального дерева, протекающее с явлением обструкции, т.е. нарушением проходимости бронхов, которое возникает под воздействием инфекционных или неинфекционных факторов. В числе вирусов, вызывающих обструктивный бронхит, отмечают респираторно-синцитиальный вирус (50%), вирусы парагриппа (30%), гриппа (15%), аденовирусы (10%), риновирус (10%), энтеровирусы (5-10%), цитомегаловирусы (2%). Среди бактериальных инфекций показана этиологическая роль хламидийной и микоплазменной инфекций (30-48%), *Haemophilus influenza* (50%), *Streptococcus pneumoniae* (30,7%), *Moxarella catarrhalis* (17%), *Staphylococcus aureus* (2%) [2, 3, 4].

Большое значение в развитии синдрома бронхообструкции имеет аллергия [1, 2, 3].

Частое развитие острого обструктивного бронхита у детей первых лет жизни обусловлено функциональными особенностями органов дыхания в этом возрасте: узостью дыхательных путей, недостаточной эластичностью хрящей бронхиального дерева, недостаточным развитием гладкой мускулатуры бронхов, что является одним из подтверждений теории относительной незрелости всех органов и систем у детей раннего возраста [1, 3].

Среди обследованных 150 пациентов дети первого года жизни болели острым обструктивным бронхитом чаще (55,3%), чем второго (26,0%) и третьего года жизни (18,7%), $p < 0,05$. У мальчиков (63,6%) обструктивный бронхит отмечался чаще, чем у девочек (36,4%), $p < 0,05$.

Острый обструктивный бронхит у детей часто протекал на фоне отягощенного преморбидного фона. Пищевая аллергия отмечалась у 54,6 % пациентов, атопический дерматит – у 21,6%, анемия – у 16%, искусственное вскармливание – у 64,8%, избыточная масса тела у 29,5% детей.

У всех обследуемых средний вес при рождении был в пределах нормальных значений 3450 ± 480 г: у мальчиков – 3475 ± 502 г, у девочек – 3456 ± 390 г ($p > 0,05$). На момент обследования индекс массы тела (ИМТ) в пределах 25-75 перцентили был менее чем у половины (42,7%) обследуемых детей с острым обструктивным бронхитом. Превышающий 90 перцентиль ИМТ был выявлен почти у каждого третьего ребенка (29,5%) с обструктивным бронхитом. Менее 25 перцентили ИМТ был выявлен только у 19,2% детей.

Детей с острым обструктивным бронхитом, находящихся на искусственном вскармливании до 4 месяцев, было достоверно больше 64,8%, чем на смешанном (17,7%) и естественном (17,5%) вскармливании, $p < 0,001$. Исключительно на грудном вскармливании находились в течение первых 4 месяцев всего 17,5% обследуемых детей, к 5 месяцам получали только грудное молоко (в том числе без прикормов) всего 7,8%, к 6 месяцам – 5,1% детей. Продолжали получать грудное молоко наряду с другой пищей к годовалому возрасту всего 4,3% детей, имеющих обструктивный бронхит.

Клиническая картина острого обструктивного бронхита определялась в начале заболевания симптомами острой респираторной вирусной инфекции. В дальнейшем симптомы острого обструктивного бронхита у детей нарастали. Основная часть детей поступала с признаками острой респираторной инфекции, которые проявлялись ринитом (87,5%), фарингитом (90%), катаральным отитом (по 10%), реже конъюнктивитом (5%).

Признаки экспираторного затруднения дыхания могут появиться в первый день заболевания или позже – на 3-4 день. Обструктивный синдром у пациентов развивался на $3,7 \pm 0,3$ сутки от начала респираторного заболевания и продолжался $6,3 \pm 0,7$ дней. Одышка возникала у всех детей и имела преимущественно экспираторный характер (75%). Лихорадка отмечалась у 57,5% детей и длилась $3,4 \pm 0,5$ дней. Субфебрильная температура была выявлена у 25% детей. Частый продуктивный кашель имел место у 36,4% детей, редкий малопродуктивный кашель отмечался у 63,6% пациентов, что

связано с недостаточным мукоцилиарным клиренсом в этом возрастном периоде [4]. Кашель продолжался в течение $9,7 \pm 5,0$ дней. Дыхательная недостаточность 1 степени отмечалась достоверно чаще у детей с острым обструктивным бронхитом (85,3%), чем дыхательная недостаточность 2 степени (14,7%), $p < 0,001$. Чаще встречалась у мальчиков и у детей первого года жизни.

При перкуссии легких у всех детей отмечался легочный звук с коробочным оттенком. При аускультации легких выслушивалось жесткое дыхание, удлиненный выдох, сухие свистящие и рассеянные влажные хрипы над всей поверхностью легких. Рентгенологически у всех обследованных детей выявлены признаки бронхита.

У детей первого года жизни острый обструктивный бронхит отличался развитием бронхообструкции в первый день заболевания ($0,7 \pm 0,08$ дней), формированием преимущественно более тяжелых форм с преобладанием дыхательной недостаточности 2 степени (67,8%), развитием смешанной одышки. Сопровождался навязчивым сухим, приступообразным кашлем (83,4%), диффузными влажными разнокалиберными хрипами при аускультации (53,3%), более длительным течением заболевания ($11,3 \pm 2,6$ дней) по сравнению со 2-й и 3-ей возрастными группами, $p < 0,05$.

Выводы. Наиболее часто острый обструктивный бронхит отмечается у детей первых трех лет жизни, преимущественно на первом году жизни. Мальчики болеют острым обструктивным бронхитом чаще, чем девочки. В развитии острого обструктивного бронхита у детей раннего возраста имеют значение особенности постнатального периода: ранний перевод на искусственное вскармливание, избыточная масса тела, пищевая аллергия. Клиническая картина острого обструктивного бронхита у детей первого года жизни отличается более выраженным и длительным течением заболевания. Дыхательная недостаточность 1 степени преобладала у детей с обструктивным бронхитом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баконбаева, С.Д. Клинические особенности течения острого обструктивного бронхита у детей раннего возраста / С.Д. Баконбаева, Н.М. Апсаматова // Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева. – 2016. – № 2. – С. 62-65.
2. Германова, О.Н. Бронхообструктивный синдром у детей с инфекциями респираторного тракта / О.Н. Германова, М.В. Голубева, Л.Ю. Барычева // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2010. – № 4. – С. 42-48.
3. Павленко, В.А. Клинико-диагностические аспекты прогноза бронхиальной астмы у детей раннего возраста / В.А. Павленко, И.М. Мельникова, Ю.Л. Мизерницкий // Медицинский совет. – 2017. – № 9. – С. 70-75.
4. Швец, Е.А. Клинико-иммунологические характеристики при синдроме бронхиальной обструкции у детей / Е.А. Швец, В.Г. Саватеева, Е.И. Васильева // Сибирский медицинский журнал. – 2010. – № 2. – С. 8-11.